UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 N°

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

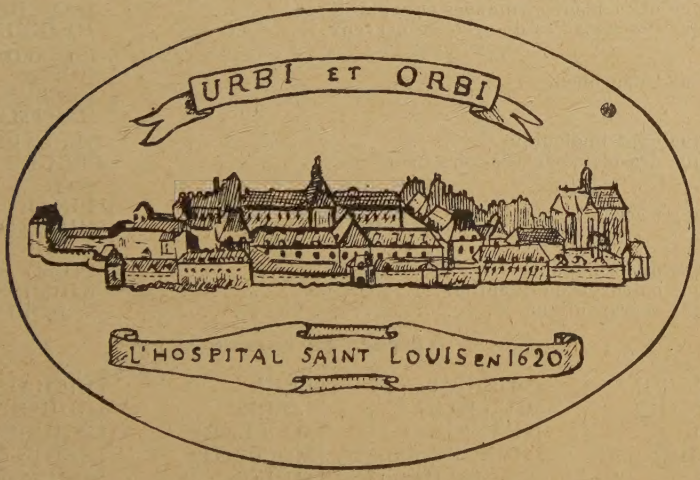
Les

Pyodermites tuberculoïdes

PAR

MONNAMY Paul

Né à Arfeuille-Chatain (Creuse) le 11 mai 1888



Président : M. E. GAUCHER *Professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, rue Monsieur-le-Prince, 26
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LÉRI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET André	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ Henri	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY.	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VIELARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Membre de l'Académie de Médecine

Président de l'Association générale des Médecins de France

AVANT-PROPOS

Nous ne pouvons terminer nos études médicales sans exprimer nos sentiments de vive reconnaissance à tous les Maîtres qui ont contribué à notre instruction.

A l'école de médecine de Clermont-Ferrand, où nous avons commencé nos études, nous devons remercier particulièrement MM. les professeurs Bousquet et Billard dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne. Nous n'oublierons pas non plus le bon enseignement de MM. les professeurs Buy, Lepetit, Maurin, Argaud (actuellement à Alger), Planchard, Dionis du Séjour, ni de M. le docteur Bellet.

A nos Maîtres de la faculté de médecine de Paris, MM. les professeurs Gaucher, Gougerot, Potocki et Sauvage nous tenons à apporter aussi l'assurance de notre gratitude et de notre respect. C'est sur les avis de M. le professeur agrégé Gougerot et en développant ses idées que nous avons rédigé notre thèse, nous lui en sommes très reconnaissant. Nous adressons nos vifs remerciements à M. le professeur Gaucher qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Il y a quelques années à peine, toutes les suppurations froides cutanées, sous-cutanées et osseuses étaient, sans hésitation, rapportées à la tuberculose, sinon à la syphilis. Le premier, le professeur Reclus montra qu'un certain nombre d'abcès froids étaient dus à des cocci, à des bactéries pyogènes et non au bacille tuberculeux. C'est donc à ce Maître que revient le mérite d'avoir ouvert ce chapitre nouveau en pathologie. On cite encore quelques mycoses susceptibles de simuler la tuberculose : quelques cas d'actinomycose, de blastomycose, dont on comptait les observations, en France au moins... Mais ces abcès froids non tuberculeux passaient pour exceptionnels et par conséquent sans intérêt pratique.

L'étude systématique des bacillo-tuberculoses atypiques cutanées, que poursuivait M. Gougerot en vue de son mémoire de médaille d'or, l'amena à la découverte du deuxième cas de sporotrichose due au *Spo-*

rotrichum Beurmanni, alors oubliée, et dont l'importance était insoupçonnée. Ce cas allait être le point de départ des travaux de cet auteur sur les sporotrichoses en collaboration avec M. de Beurmann.

On sait l'essort qu'à pris cette question des sporotrichoses depuis leurs travaux de 1906 Ces travaux prouvèrent qu'un grand nombre de gommes et d'abcès, d'ostéites, etc., soi-disant tuberculeuses, difficilement curables, étaient en réalité des lésions sporotrichosiques faciles à guérir par le traitement iodo-ioduré. La démonstration de la fréquence de la sporotrichose amena, par la recherche systématique des champignons pathogènes, la découverte de nouvelles mycoses : hémisporose de Gougerot et Caraven, oïdiomycose de de Beurmann, Gougerot et Vaucher, discomycose de Ravaut et Pinoy, acrémoniose de Potron et Noisette, cladiose de Bruno-Bloch et Vischer, énantiothamnose de Brault, etc. Le nombre des suppurations non tuberculeuses augmentait de chacune de ces découvertes.

Pratiquant l'examen bactériologique complet de tous les cas de suppurations froides et d'infections chroniques, M. Gougerot s'aperçut bientôt de la fréquence relative des infections pyogènes. Les champignons ne sont donc pas les seuls germes qui donnent des suppurations froides, les affections chroniques cutanées dues à des cocci et bactéries pyogènes ont une importance qui jusqu'ici semble avoir été trop négligée.

Ce sont donc, on le voit, ses recherches sur les bacillo tuberculoses atypiques qui amenèrent M. Gougerot à la découverte de la sporotrichose oubliée, et recherchant désormais les mycoses, ce sont ses examens méthodiques de toutes les suppurations froides suspectes d'être mycosiques qui lui permirent de recueillir depuis 1906 toute une série d'affections tuberculoïdes dues à des cocci et bactéries pyogènes.

M. Gougerot a déjà publié plusieurs observations. Il a bien voulu m'en communiquer de nouvelles. J'ai suivi moi-même quelques cas, à l'hopital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher. Toutes ces observations prouvent que les cocci et bactéries pyogènes : diplocoques, streptocoques, staphylocoques, bacilles pseudo-diphtériques, etc , peuvent produire des affections chroniques multiples qui simulent la tuberculose :

1° *Abcès froids uniques, agminés, disséminés, lymphangitiques, phlegmon ligneux*, etc. ;

2° *Ulcérations tuberculoïdes (ecthyma tuberculoïde)* ;

3° *Folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse (anthrax tuberculoïde)* ;

4° *Lésions Papulo-nécrotiques et papulo-pustuleuses non tuberculeuses (ecthyma-impétigo de Bockhardt, acné, folliculite, furoncle tuberculoïdes)* ;

5° *Verrucomes tuberculoïdes (impétigo verruqueux, pyodermites impétigineuses ou ecthymateuses verruqueuses)*.

CHAPITRE PREMIER

Abcès froids : uniques, agminés, disséminés, lymphangitiques

Ces abcès froids tuberculoïdes sont dûs à des *microbes divers*, le plus souvent au staphylocoque, streptocoque, diplocoque ; quelquefois au colibacille, bacille pseudo-diphtérique ; exceptionnellement au pneumocoque.

Les *Types cliniques* et les *localisations* sont variables :

Abcès unique, sous-cutané du tronc ou des membres, du prépuce, abcès mammaire, etc.

Abcès multiples régionaux, axillaires et pectoraux, de la jambe, etc.

Abcès agminés, en plaque de la jambe, du cou, du scrotum, etc.

Abcès échelonnés lymphangitiques des membres, de la verge.

Phlegmons ligneux : cervical, servico-scapulaire, etc.

Les abcès froids hypodermiques bactériens semblent assez rares. Reclus le premier a insisté sur ces faits, montrant qu'à côté des abcès froids tuberculeux, on devait faire une place à des suppurations coccienes torpides.

Il cite dans ses cliniques une mastite chronique à colibacilles, que l'on avait prise pour une gomme tuberculeuse, et un abcès axillaire dû au même microbe. « La collection, du volume d'un petit œuf, s'était développée insensiblement sans douleur et peut-être existait depuis longtemps lorsque le patient la découvrit. »

Il indiquait que le staphylocoque est l'agent le plus fréquent de ces suppurations froides, il rappelait les abcès chroniques à staphylocoques des nourrissons hérédo-syphilitiques. « Depuis longtemps, dit-il, j'avais montré que parfois au déclin d'une crise de furonculose et après la succession de clous à marche rapide, on voit se développer, dans les régions envahies par des colonies de staphylocoques une tumeur cutanée ou sous-cutanée, qui soulève les tissus sans réaction inflammatoire appréciable, se ramollit, s'ulcère, donne issue à une petite quantité de pus ou même se résorbe, et c'est là encore un type d'abcès chronique à staphylocoque. »

Il insistait sur la fréquence relative des abcès chroniques consécutifs à la fièvre typhoïde. « Ils apparaissent au déclin de la dothiénentérie et surtout pendant la convalescence; leur volume est assez souvent considérable et dépasse celui d'un œuf; ils se disposent dans le tissu cellulaire sous-cutané et soulèvent la peau par une tuméfaction molle, indolente et fluctuante qui peu

à peu use les téguments, les perfore et évacue au dehors une quantité de pus plus ou moins considérable... »

Enfin, Reclus individualisait une dernière classe d'abcès chroniques bactériens : les phlegmons ligneux. Roger, Walther, Mauclaire, etc., ont étudié des cas semblables ; l'observation de Walther est bien connue. « Une fillette de 13 ans eut successivement une ostéomyélite du cinquième métatarsien, puis une arthrite de l'épaule, une inflammation de l'extrémité inférieure de l'humérus et un abcès chaud de la région brachiale antérieure dont le microbe pathogène était le staphylocoque doré. Après cette série d'infections aiguës, on voit apparaître sous le grand pectoral une collection du volume d'un gros haricot, indolente, fluctuante et qui contenait du pus visqueux. Quelques mois après, nouvelle tumeur semblable sous le deltoïde, puis au niveau de la cuisse gauche. Les parois de ces abcès sont épaisses, semblables à la coque épaisse de ganglions enflammés et leur contenu étudié par Petter, donne des cultures de staphylocoques. »

Lesné et Dreyfus, à la Société de biologie, le 29 juin 1907, signalaient un nouveau cas d'abcès froid « qui cliniquement présentait les caractères d'un abcès tuberculeux et où l'examen bactériologique permit de déceler un bacille voisin du groupe des paratyphiques, sans infection générale antécédente. »

Malgré ces observations, les cas publiés restent exceptionnels ; c'est sans doute faute de chercher, car dès 1906, M. Gougerot a observé plusieurs faits analogues à propos de ses recherches de contrôle sur les sporotrichoses. En 1909, il publiait les cas suivants :

« Nous avons fait l'étude bactériologique complète de trois cas d'abcès chroniques dus au staphylocoque. Le coccus était décelable à l'examen sur lame; les cultures sur les milieux de choix des mycoses avaient été négatives et l'inoculation au cobaye était restée sans effet. L'un de ces cas, suivi dans le service du professeur Widal, était des plus intéressants, à cause de la localisation périosto-tibiale de l'infection. Dans les deux autres cas observés, le premier à l'hôpital St-Louis, le second sur un enfant de la Crèche de l'hôpital Laënnec, il s'agissait d'abcès disséminés.

« Nous avons eu deux fois l'occasion de cultiver, à l'hôpital St-Louis, des streptocoques dans des suppurations froides dont nos collègues avaient soupçonné l'origine sporotrichosique. Dans le premier cas, les abcès, au nombre de trois, semblaient consécutifs à une angine survenue plusieurs semaines auparavant. Le second cas était une lymphangite ascendante du bras avec huit petits abcès échelonnés. La porte d'entrée avait passé inaperçue; les lésions évoluaient depuis trois mois sans déterminer d'ulcération ni de fièvre appréciable. Toutes les cultures révélèrent du streptocoque à l'état de pureté dans les huit abcès ponctionnés dans un but thérapeutique. Un abcès que l'on vit se former et qui fut ponctionné dès le début renfermait encore du streptocoque. Aucun champignon ne poussa; le pus inoculé dans le péritoine du cobaye ne le tuberculisa pas. Ce streptocoque était très peu virulent: il ne tuait pas le lapin par inoculation intra-veineuse et ne déterminait pas d'érysipèle auriculaire. Le malade guérit par incision ou par ponction suivie d'injection d'éther iodoformé.

« A deux reprises, chez une petite malade de Camino, suivie par Brissaud et Faisans, nous avons pu mettre en évidence le pneumocoque sur lames et en cultures dans

le pus des abcès fermés. Ces abcès froids, peu nombreux, évoluaient au cours d'une broncho-pneumonie subaiguë à répétition, de nature indéterminée qui finit par enlever le malade. Les cultures sur milieux favorables aux mycoses, les inoculations sous-cutanées et intra-péritonéales sont restées négatives. » (*Soc. Méd. des Hôp.*, 5 fév. 1909, p. 163, et *Annales de Dermat.*, 1909, p. 94).

Depuis ces premiers cas, M. Gougerot en a assemblé plusieurs autres semblables. Dans le *Progrès Médical*, n° 20, 18 mai 1912, pages 246 et 247, il publiait les cas suivants :

Phlegmon ligneux à bacille pseudo-diphtérique pris pour une tuberculose (cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical*, 18 mai 1912, page 246).

« P. A., âgée de 26 ans, journalière, entre à l'hôpital pour un abcès froid axillaire, diagnostiqué tuberculeux. Elle a été jusque-là bien portante, et pourtant la tuberculose est chez elle incontestable : elle présente les cicatrices irrégulières chéloïdiennes d'adénites cervicales suppurées bilatérales ; elle tousse tous les hivers ; son premier bébé est mort de méningite tuberculeuse à l'âge de 22 mois ; tout incitait donc à admettre la nature tuberculeuse de l'abcès froid qu'elle présentait.

« Cet abcès est froid, indolent ; la peau reste blanche, la pression fait sourdre de deux incisions mal cicatrisées une gouttelette de séro-pus. Le diagnostic porté par des médecins expérimentés est celui de tuberculose.

« Mais le début n'est pas celui d'un abcès tuberculeux. Huit jours après un choc contre la rampe d'un escalier, le 15 octobre 1911, elle sent dans la paroi antérieure de l'aisselle une petite nodosité douloureuse, la

peau était rouge et enflammée, la douleur était continuelle et lancinante, les mouvements étaient gênés; elle ne sait si elle a eu alors de la fièvre, mais elle dormait mal et n'avait pas d'appétit. N'est-ce pas là le *début chaud et douloureux d'une suppuration « phlegmoneuse ?* »

« Au début de novembre, la collection est incisée sur le bord inférieur du grand pectoral, il s'écoule un pus jaunâtre abondant. Cette incision soulage peu la malade. On refait une nouvelle incision vers le milieu de novembre. Les phénomènes douloureux rétrocèdent une *suppuration continue, froide et indolente succède à la suppuration chaude.*

« Lors de notre examen, le 16 décembre, quelques particularités s'ajoutent pour éliminer le diagnostic de tuberculose. En effet, le *muscle pectoral est dur, ligneux, infiltré sur une large étendue; en un point seulement, le pus est collecté.* L'infiltration déborde donc l'abcès qui est creusé dans l'induration ligneuse ; au milieu de cette masse ligneuse, *indolente*, sur le bord externe du grand pectoral, on sent un *second petits abcès fluctuant* indépendant du premier.

« Nous appuyant sur ce mode de début chaud et douloureux, sur la succession d'une suppuration froide, sur l'induration ligneuse diffuse, nous portons le diagnostic de suppuration froide bactérienne non tuberculeuse, se rapprochant du phlegmon ligneux de Reclus.

« L'examen du pus confirme ce diagnostic : le pus fibrineux est formé de polynucléaires peu altérés et de macrophages, on colore par le Gram et on cultive un bacille pseudo-diphtérique court; il n'y a ni staphylocoque, ni bacille tuberculeux, ni champignon.

« Une simple ponction hâte la guérison, peu à peu l'infiltration ligneuse se résorbe. »

Abcès froid unique du thorax d'origine pilo-sébacée staphylococcique (cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical* 18 mai 1912, page 246).

« 19 ans, tourneur, atteint de chancre et roséole ; le malade présente en outre sur l'abdomen, près de l'ombilic, un abcès froid de la grosseur d'une noix, indolent, fluctuant, recouvert d'un tégument normal. On croirait un abcès tuberculeux ou mycosique. Mais on découvre sur la paroi abdominale et sur le thorax des folliculites torpides à nodule induré, profond, hypodermique, sorte de furoncles avortés de la grosseur d'une noix ou d'une noisette ; l'une d'elles est en voie de suppuration froide : il semble donc bien qu'il s'agisse d'abcès froid coccien dont le point de départ est un follicule pileux. Au lieu que la suppuration ait sa marche aiguë phlegmoneuse habituelle et que le pus fuse vers la superficie, cette folliculite enflamme la partie profonde des follicules pileux, elle prend une allure chronique, si bien que la peau n'est pas envahie ; la nodosité, puis l'abcès restent hypodermiques.

« L'examen bactériologique confirme le diagnostic ; le pus, très fibrineux, de l'abcès froid, est formé de polynucléaires altérés et contient des staphylocoques. Le pus de la folliculite a la même formule : il est très épais, presque concret.

« Les jours suivants, on peut reconstituer toute cette évolution : nous voyons en effet une de ces nodosités profondes indurées de folliculite se transformer en un petit abcès froid.

« L'abcès se constitue en quelques jours, 15 jours environ, donc beaucoup plus rapidement qu'un abcès tuberculeux. »

Abcès froids disséminés du thorax et des membres (cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical,* 18 mai 1912, page 247).

« Dans un autre cas semblable, les abcès froids, indolents, plus gros, nés d'une folliculite profonde, étaient multiples, disséminés sur le tronc et la racine des membres au nombre de 17.

« La plupart de ces abcès étaient plus gros qu'une grosse noix, la peau était marbrée de rose violacé, l'épiderme desquamait légèrement; le début ne remontait pas à plus de 18 jours; le pus vidé laissait une poche flasque entourée d'un anneau induré comme les gommes sporotrichosiques. Le pus se reproduit après la première ponction, puis guérit après la deuxième ponction : les examens bactériologiques confirmèrent le diagnostic d'abcès froid dû au staphylocoque; le point de départ était encore l'inflammation de la partie profonde de l'appareil pilo-sébacé. »

Abcès froids agminés du scrotum (cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical,* 18 mai 1912, page 247).

« 32 ans, a été envoyé à l'hôpital pour « une tumeur des bourses ». Sur la partie droite du scrotum et dans le pli inguino-scrotal correspondant, on découvre des folliculites banales; vers la partie inférieure du scrotum on voit et on palpe une grosse masse indurée de 4 centimètres environ de diamètre. Cette masse à bords diffus infiltre le derme et l'hypoderme, elle est épaisse d'au moins un centimètre et demi; l'ensemble est indolent et fait corps avec la peau, qui reste blanche, froide. On hésite entre le diagnostic de folliculites chroniques agminées indurées qui paraît le plus probable, et celui

de tuberculose. Le malade souffre depuis 9 ans de prurit scrotal.

« L'interrogatoire et l'évolution confirment la première impression; en effet, le début ne remonterait qu'à quinze jours; en deux points le placard induré se ramollit, suppure, cette suppuration est froide.

« L'abcès ponctionné avant l'ulcération contient des polynucléaires et des diplostreptocoques, il n'y a pas de champignons en cultures, pas de bacilles tuberculeux à l'inoculation.

« Les ulcérations sont atones, à peine rosées; elles se cicatrisent en un mois. »

Abcès froids du prépuce. (Cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical,* 18 mai 1912, p. 247.)

« Deux fois, nous avons pu isoler le gonocoque ou tout au moins un diplocoque impossible à distinguer du microbe de Neisser.

« Sur l'un de ces malades, âgé de 17 ans, on avait cru à un chancre mixte.

« L'infiltrat inflammatoire simulait l'induration du chancre syphilitique et la suppuration simulait la chancrelle.

« Il s'agissait en réalité d'un placard résultant de la confluence de nodules développés dans le limbe préputial; ces nodules donnaient de petits abcès froids dus au gonocoque, bien que le malade affirmât n'avoir jamais eu d'uréthrite. A côté d'un abcès ulcéré on vit se former trois abcès fermés qui secondairement s'ulcérèrent. Il y avait donc une base infiltrée saillante, rouge, de 20 millimètres sur 30 millimètres, allongée transversalement, parsemée de quatre ulcérations profondes à bords décollés, à fond suppurant, bientôt confluentes.

« Les réactions de Wassermann et les examens ultramicroscopiques négatifs pratiqués en série éliminèrent le diagnostic de syphilis associée. »

Lymphangite avec abcès froids échelonnés de la verge, dus à un bacille pseudo-diphtérique. (Cas publié par M Gougerot. *Progrès Médical,* 18 mai 1912, p. 247.)

« Un jeune homme de 19 ans eut une uréthrite le 9 avril. Le rapport contaminant, unique, datait du 4 avril; le 29 avril, il consulte à l'Hôpital Saint-Louis pour un phimosis inflammatoire qui témoigne du début d'un chancre syphilitique. Le Wassermann sera bientôt positif et le 28 mai on remarquera les premières plaques muqueuses.

« Mais en outre, depuis le 10 avril, il présente une lymphangite indolente du fourreau de la verge: le cordon rosé, dur, large de 5 millimètres à 8 millimètres, part à 10 millimètres du limbe préputial et remonte jusqu'à 20 millimètres au-dessous du pubis; il est parsemé de quatre nodules saillants, indolents, froids; le plus inférieur, apparu le 13 avril, s'est ulcéré le 27 avril, donnant issue à un liquide jaunâtre. Les 2e et 3e nodules sont saillants, rouge violacé, fluctuants, encore fermés; le 4e, ou nodule supérieur, est induré, non ramolli.

« Au-dessous de l'ulcération inférieure et de la naissance du cordon lymphangitique, on note un petit nodule ulcéré près du limbe préputial qui apparut le premier et fut peut-être la pôrte d'entrée de l'infection.

« Le 7 mai, tous les nodules s'ulcèrent, les trois premiers confluent, dessinant une longue ulcération à bords polycycliques.

« La guérison est lente, non influencée par le traitement mercuriel.

« Les examens sur lames et les cultures des nodules fermés démontrèrent la présence d'un bacille à extrémités arrondies, prenant le Gram, semblant appartenir au groupe si mal défini et plutôt négatif des bacilles pseudo-diphtériques.

« Si l'on prend le mot gomme dans le sens clinique et non étiologique, on peut dire que ce malade est un exemple de *lymphrangite gommeuse à bacilles pseudo-diphtériques.* »

Abcès froids en échelons ou lymphangitiques des membres (cas publié par M. Gougerot. *Progrès Médical*, 18 mai 1912, page 247).

« Nous avons retrouvé le streptocoque dans deux lymphrangites froides à abcès froids échelonnés analogues à nos cas de 1907.

« Dans le premier cas, 7 abcès s'échelonnaient le long de l'avant-bras et du bras reliés par un cordon lymphangitique, le point de départ semblait être une fissure chronique sous-unguéale.

« Dans le second cas, les abcès étaient échelonnés en deux traînées, le long de la jambe, sur la face antéro-externe et sur la face postérieure; la traînée antéro-externe remontait au-dessus du genou, comptant 11 abcès; la traînée postérieure n'atteignait pas le creux poplité et ne comprenait que trois petits abcès. Le point de départ semblait être des lésions des espaces interdigitaux chez un dyshidrosique. »

Aux cas précédents j'en puis ajouter deux que j'ai observés moi-même dans le *service de M. le professeur Gaucher, à l'Hôpital St-Louis* :

Abcès froid de la paroi abdominale (n° 24.676).

Br... André, 21 ans, mécanicien.

Il y a six semaines, il a eu un chancre syphilitique du sillon balano-préputial, induré, en feuillet de livre, suintant. Il a actuellement un paraphimosis avec jabot. Il dit avoir présenté de la roséole qui aurait disparu par une piqûre d'huile grise. Il semble y en avoir encore des vestiges pigmentaires au flanc. On observe des plaques multiples du scrotum et du fourreau de la verge

Sur la paroi abdominale, on aperçoit un noyau de folliculite qui a évolué chroniquement, et a abouti à un abcès froid. On fait le diagnostic d'abcès froid d'origine pilo-sébacée staphylococcique, car on aperçoit un poil au centre de la lésion, et d'autres lésions de folliculite à côté. Ces folliculites sont torpides, indurées, hypodermiques; elles ont leur point de départ dans un follicule pileux. Ce sont des sortes de furoncles sous-cutanés recouverts d'un tégument normal.

Abcès froids de la joue (n° 19.179).

F..., 25 ans.

Vient consulter, le 28 novembre 1910, pour deux chancres à la verge que l'on prend pour des chancres mous. On lui ordonne des attouchements au nitrate d'argent au 1/5e. Quand il entre à l'Hôpital, le 5 décembre 1910, comme il ne s'est pas produit d'amélioration, on institue le traitement mercuriel. Le 20 décembre, il sort, les chancres étant en voie de cicatrisation, mais incomplètement guéris. On le revoit le 1er octobre 1912; il présente une syphilis chancriforme du sillon, des plaques muqueuses de la lèvre inférieure et des syphilides impétigineuses du menton. On lui ordonne des piqûres de

benzoate de mercure. Le 2 novembre 1912, on le met aux pilules.

Entre de nouveau à l'Hôpital le 13 mai 1913. Il y a 15 jours, est apparue sur la joue gauche une petite tuméfaction qui a grossi rapidement ; depuis dix jours, une autre s'est produite au-dessus du sourcil gauche.

Actuellement, sur la joue gauche, en avant du lobule de l'oreille, on voit une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, mobile sur les plans profonds. La fluctuation est nette, peu de douleur, la peau est rouge. Sur le sourcil gauche, un peu en dedans de son extrémité externe, est une nodosité plus petite présentant les mêmes caractères.

On fait le diagnostic d'*abcès froids d'origine staphylococcique ;* l'examen bactériologique le confirme, ainsi que le traitement : incisés, les abcès sont guéris le 23 mai 1913.

Le malade présentait aussi des plaques muqueuses de la lèvre inférieure, que l'on traite par des piqûres de benzoate de mercure et de l'iodure de potassium.

Tels sont les exemples observés de chaque série.

« Ces faits accumulés, disait M. Gougerot en 1909, ne laissent aucun doute. On pourrait peut-être objecter à certains cas anciens que ce sont des tuberculoses ou des mycoses surinfectées de cocci, la tuberculose ayant été méconnue faute d'inoculation, et la mycose ayant passé inaperçue faute de cultures spéciales, mais nos derniers cas ont été étudiés avec toute la rigueur bactériologique actuelle. L'absence de cultures à froid sur les milieux de Sabouraud élimine les mycoses ; les cultures à 37° sur milieu ordinaire et en pipettes bouillon ascite de Sabouraud

révèlent les bactéries pyogènes, agents de la suppuration ; l'inoculation au cobaye, restée négative, assure qu'il n'y a pas de tuberculose associée.

« Ces abcès froids cocciens ont plus d'une ressemblance avec les gommes et les abcès mycosiques, sporotrichosiques, mais d'ordinaire le diagnostic en est facile ; le plus souvent, la suppuration froide coccienne a été précédée d'une infection aiguë dont elle est le reliquat. Le nombre des lésions est minime : une, deux, trois, exceptionnellement davantage. L'examen direct du pus sur lame montre presque toujours le coccus pathogène, les cultures à froid à 37° trancheraient le doute. »

CHAPITRE II

Ulcérations tuberculoïdes

Ecthyma tuberculoïde

Chez des individus de tous âges : enfants, adolescents, adultes, on rencontre, dit M. Gougerot, surtout aux membres inférieurs, à la jambe, des ulcérations torpides, à fond atone, à bords violacés plus ou moins irréguliers, déchiquetés, souvent décollés, qui semblent de tous points des ulcérations tuberculeuses. Leur évolution traînante pendant des semaines, l'aspect très souvent pâle et amaigri des malades confirment cette première impression. Cependant si l'on précise le mode de début, on s'aperçoit que l'ulcération s'est constituée rapidement en 8 à 10 jours, que la lésion naissante ressemblait à un ecthyma, et parfois on voit évoluer, à côté de l'ulcération tuberculoïde, une pustule d'ecthyma dont l'ulcération devient tuberculoïde. On comprend alors

que ces ulcérations torpides atones à bords violacés, déchiqués, souvent décollés, qui durent des semaines, ne sont que le reliquat d'ecthyma coccien.

Mais au premier abord l'erreur de diagnostic avec des lésions tuberculeuses est inévitable ; même prévenu il faut souvent attendre l'évolution des lésions, l'apparition de nouveaux éléments, la guérison des anciennes ulcérations par le traitement des pyodermites. Parfois l'hésitation n'est tranchée que par des examens bactériologiques et l'inoculation négative au cobaye.

Je vais en passer quelques exemples en revue :

1° (Gougerot, *Progrès Médical*, 18 mai 1912, p. 248).

« F... V..., âgée de 12 ans, a eu une scoliose et une tumeur blanche du genou à l'âge de trois ans et demi, qui fut plâtrée, grattée, etc. Elle a encore une otite chronique. Tous ces antécédents de tuberculose allaient provoquer l'erreur de diagnostic.

« A la face interne du tibia droit, existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs, granuleuse, atone, à bords décollés, violacés, en un mot d'aspect tuberculoïde. On pense d'autant plus à une gomme tuberculeuse que la lésion persiste et suppure depuis trois mois et demi. Or, cette lésion a guéri en trois semaines par l'eau d'Alibour et la pommade au calomel. C'était donc une ulcération « banale » post-ecthymateuse, non tuberculeuse.

« Cette année, la petite malade a refait sous nos yeux la même ulcération dont nous avons pu surprendre le début ecthymateux. »

2° (Gougerot, *Progrès médical*, 18 mai 1912, p. 248).

« N..., âgée de 15 ans, brodeuse, présente une ulcération torpide datant d'un mois à fond atone, arrondie, de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50, près de la malléole interne droite; on crût d'abord à une gomme tuberculeuse ulcérée; or la lésion était au début un « bouton à tête purulente », l'ulcération n'a demandé que quatre jours pour se constituer. »

3° (Gougerot, *Paris Médical*, 13 sept. 1913).

« Jeune fille, âgée de 16 ans. Vient consulter parce qu'elle souffre de « boutons » ulcéreux de la jambe gauche qui remontent à un mois. Ces boutons, au nombre de neuf, sont semblables aux lésions qu'elle a eues, il y a quatre ans, sur les deux jambes, dont on voit les cicatrices et qui durèrent plusieurs mois. Elle se plaint en même temps de kératite et de conjonctivite.

« Les lésions cutanées sont des ulcérations arrondies de grandeur inégale, les unes, petites, de 3 à 4 millimètres, les autres, plus grandes, atteignant 8 et même 10 millimètres. Quelques-unes, en se réunissant, dessinent un contour polycyclique. Les bords à peine décollés sont rouge-violacé, avec tendance à la pigmentation; l'ulcération, assez profonde, suinte du séro-pus; le fond est bourgeonnant, formé de bourgeons purpuriques saignant facilement; la base est empâtée, mais non indurée; toutes ces lésions sont sensibles à la palpation; accidentellement quelques-unes se recouvrent d'une croûte hématique brunâtre.

« Sur les deux jambes qui sont cyanosées, on aperçoit les cicatrices de la poussée précédente : cicatrices petites ou grandes de 2, 4, 12, 15, 30 millimètres (ces dernières vaguement polycycliques), fines et pigmentées. Les plus anciennes sont brun clair, café au lait ; les plus récentes sont noires-violettes, comme purpuriques. Dans l'intervalle, l'acrocyanose dessine un réseau qui remonte jusqu'au tiers supérieur de la jambe.

« Cet aspect des lésions en activité et des cicatrices est bien fait pour tromper et faire croire à une tuberculose ; heureusement, un examen attentif découvre, à la face postérieure du mollet, un élément de transition : une pustule en voie de s'ulcérer ; et à l'avant-bras, une lésion naissante, une folliculite péripilaire staphylococcique typique. L'interrogatoire apprend que l'évolution a eu une rapidité que n'atteint pas la tuberculose : en huit jours, les ulcérations ont été constituées.

« Le médecin qui l'a envoyée croyait à des ulcérations tuberculeuses. En effet, la malade est d'apparence scrofuleuse, les extrémités sont cyanosées et froides. L'examen pulmonaire, les antécédents sont négatifs, il est vrai ; mais n'en est-il pas ainsi souvent chez ces porteurs de tuberculides ?

« Le médecin qui la reçut à la Consultation pensa à des lésions hérédo-syphilitiques. En effet, les lésions sont arrondies, l'une d'elles est polycyclique ; les cicatrices anciennes sont pigmentées, polycycliques, lisses, pelures d'oignon. La malade souffre de kératite et d'infection conjonctivale de l'œil gauche. Elle présente des stigmates d'hérédo-syphilis très probable : les dents sont mal rangées, les incisives médianes supérieures sont écartées, ce qui, pour le professeur Gaucher, est un stigmate d'hérédosyphilis ; le nez est écrasé à la base (mais le Wassermann, fait le surlendemain, sera négatif, alors qu'avec les antigènes de Desmoulières à la cholestérine,

il est positif dans les syphilis héréditaires en activité).

« Toutefois, le diagnostic de pyodermite était facile à la condition d'y penser; il s'appuie sur les signes suivants: *une pustulette à la face postérieure du mollet et sur l'avant-bras, l'évolution rapide d'une des lésions de pyodermite surprise à son début.*

« On institue le traitement local cutané des pyodermites, le traitement oculaire (cyanure de mercure à 1 p. 500, atropine; argyrol à 20 %) et le traitement général.

« La guérison fut rapide, en quelques jours, alors que la première poussée, diagnostiquée tuberculeuse, et traitée comme telle, avait duré plusieurs mois. »

4° Observation personnelle prise a l'hopital Saint-Louis, dans le service de m. le professeur Gaucher (n° 21.859).

B... Pierre, 43 ans, vient consulter le 15 août 1911.

Le père aurait eu, paraît-il, la syphilis; il y a eu 10 enfants dans la famille, dont 4 sont morts jeunes, et les 6 autres sont bien portants.

Le malade dit qu'antérieurement il a toujours été en bonne santé, nie la syphilis. Il est père de 3 enfants bien portants.

Il y a 6 ans, il s'est formé à l'extrémité postérieure de la face dorsale du pied une ulcération qui a duré un an. Cette ulcération aurait été consécutive à de petits boutons d'origine banale, qu'il aurait écorchés. On a traité par la pommade Gaucher et cautérisé au nitrate d'argent.

Il y a deux mois, 4 à 5 boutons purulents apparaissent à la face interne du tibia, à la partie inférieure.

Le malade les aurait excoriés, et depuis il s'est formé une plaque en forme de raquette, dont la teinte est violacée, et à la partie supérieure de laquelle on aperçoit deux petites ulcérations s'étendant en profondeur, à bords jaunâtres, et donnant issue à de la sérosité. On note à l'extrémité de cette plaque deux autres plaques plus petites dont l'une porte encore à sa surface une ulcération minuscule. Le malade a des varices sur la jambe. Sur le dos sont des pustulettes staphylococciques. Il existe des plaques leucoplasiques commissurales de la bouche (le malade fume). Le wassermann est positif.

Le début par des pustulettes péripilaires prouve qu'il s'agit d'accidents non syphilitiques chez un syphilitique. D'ailleurs, les lésions ressemblent à de la tuberculose et non à de la syphilis.

On institue un traitement contre la syphilis, et on fait des pansements locaux : eaux d'Alibour diluée et pommadée au calomel. Le 11 février 1912, le malade revient ; il n'a pas eu de piqûres depuis 3 mois, et par les pansements locaux seuls, les lésions ont disparu. Il présente seulement des traces de grattage.

5° Observation personnelle, prise a la Consultation de l'Hôpital Saint-Louis

G... Louise, âgée de 9 ans et demi. Il y a trois ans, a eu la rougeole et la coqueluche.

Il y a 9 mois, début au genou droit, à la suite d'un traumatisme, d'une lésion d'aspect ecthymateux, qui persiste depuis : début rapide, semblable à celui d'une autre lésion que la mère montre, et qui est de l'ecthyma

banal indiscutable, à la face postérieure du mollet gauche. Au-dessous du genou droit, en avant et en arrière, on voit des macules pigmentées de lésions semblables. A la face postérieure du mollet droit, on remarque une lésion d'ecthyma finissant, ayant de particulier une auréole violacée.

La lésion du genou droit, par ses bords violacés, irréguliers, par son allure traînante, pourrait faire penser à la tuberculose. *Mais son début rapide, la présence d'autres lésions d'ecthyma banal, font comprendre que ce n'est qu'un reliquat d'ecthyma coccien.*

En effet, le traitement local par de l'eau oxygénée diluée et des pansements avec la vaseline iodoformée au 1/10, amènent rapidement la guérison.

6e Observation personnelle, prise a la Consultation de l'Hopital Saint-Louis

33 ans. En 1904, a eu une pleurésie gauche. A eu des engelures des oreilles dont il reste des cicatrices. Est actuellement bien portant, et travaille dur. A un aspect obèse (réformé pour obésité). On remarque une tendance à l'acrocyanose.

Présente de l'ecthyma tuberculoïde du membre inférieur gauche depuis septembre 1912. Au premier abord, on dirait de la tuberculose, la lésion ressemblant à de grosses papulo-nécrotiques gommeuses, infiltrées, violacées, au-dessus du cou-de-pied. On voit de plus deux cicatrices très pigmentées à la face externe de la cuisse; et une lésion intermédiaire (ni tuberculoïde, ni ecthymateuse) à la face interne du mollet, ne datant que de quinze jours. Une lésion débutante, pustulette péripi-

laire, véritable ecthyma, se montre à la face interne de la cuisse.

La présence d'ecthyma au début fait douter de la nature tuberculeuse de la prmière ulcération, malgré son aspect. Le traitement allait d'ailleurs trancher le diagnostic : l'eau d'Alibour diluée et la pommade au sous-carbonate de fer au 1/30e amenèrent rapidement la guérison.

7° Observation personnelle, prise a la Consultation de l'Hopital Saint-Louis

(n° 29.272)

Fr... Léon, 33 ans, employé de chemin de fer. Vient consulter le 3 mai 1913.

Il présente à la jambe droite trois ulcérations à bords déchiquetés, atones, de nature douteuse.

On pense qu'il doit s'agir probablement de syphilis, peut-être de tuberculose, ou de suppurations banales.

La réaction de Wassermann est négative.

Comme traitement, on applique de simples emplâtres rouges. Le 8 mai, les lésions sont déjà sensiblement améliorées. On continue le traitement, et les ulcères disparaissent peu à peu, ce qui démontre bien qu'ils sont dûs aux microbes communs de la suppuration.

Aux observations précédentes, ont peut rattacher, quoiqu'il en diffère un peu, le cas suivant que j'ai observé à la consultation de M. le professeur Gaucher (n° 25.102) ;

P..., âgé de 29 ans, cimentier, entre à l'hôpital le 1er janvier 1912.

Présente une pyodermite, d'abord subaiguë, puis chronique, froide, durant depuis cinq mois, survenue à la suite d'un abcès chaud incisé de la cuisse. Cette première lésion est formée de deux placards, à la cuisse, infiltrés, violacés, avec infiltration dermique tâchetée d'érosions vaguement circulaires, restes de bulles purulentes. Ce sont bien des placards tuberculoïdes, simulant le scrofuloderme.

Il existe une deuxième lésion au bras droit, datant de trois semaines. Les phlyctènes purulentes, excoriées au centre, laissent voir le fond granuleux et purulent. A la périphérie, les phlyctènes persistent, formant des croûtes avec bourrelet purulent.

Pansement tous les jours. Guérison en dix jours, par les antiseptiques seuls, d'une lésion qui jusque-là traînait.

Voilà donc de nombreux exemples d'ulcérations tuberculoïdes qui ne sont que de l'ecthyma. Ce qui fait penser à la tuberculose, c'est l'aspect blafard violacé des lésions et leur chronicité. Mais le diagnostic se fait facilement en groupant les signes évolutifs, toujours les mêmes : début par une pustulette, rapidité d'ulcération, mélange de lésions ecthymateuses naissantes, guérison rapide par les antiseptiques.

CHAPITRE III

Folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcérofongueuse

Anthrax tuberculoïde

Cette forme est rare. Un cas été publié par M. Gougerot dans le *Progrès Médical,* n° 21, 25 mai 1912, p. 257 :

« Un homme, fort d'apparence, âgé de 35 ans, vient à la consultation du professeur Gaucher le 31 octobre pour un large infiltrat rouge violacé du dos de la main, presque indolent, ulcéré et suppurant en plusieurs points : les ulcérations sont déchiquetées, étroites; leur fond est bourgeonnant, on croit à une *tuberculose ulcérofongueuse*, intermédiaire entre le scrofuloderme ulcéré et les tuberculoses papillomateuses. Mais l'interrogatoire vient réformer ce diagnostic : on apprend, en effet, que les lésions n'ont commencé qu'il y a une dizaine de jour; elles ont donc eu un développement rapide que n'ont pas les tuberculoses dermiques; on apprend que le malade, ancien syphilitique, non traité, est tabétique,

qu'il souffre de crises gastriques, d'arthropathie du genou droit ; le diagnostic le plus probable paraît donc celui d'*anthrax torpide ulcéro-végétant*. L'évolution a été presque indolente, sans doute parce que le malade est tabétique.

« La guérison confirme ce diagnostic : elle est rapide par les pansements et pulvérisations ; le 22 novembre la cicatrice est complète. »

CHAPITRE IV

Lésions papulo-nécrotiques et papulo-pustuleuses tuberculoïdes

Ecthyma-impetigo de Bockhardt, acné, folliculite, furoncles tuberculoïdes.

M. Gougerot a insisté sur ce fait que l'aspect clinique de la tuberculide papulo-pustuleuse ou papulo-nécrotique peut être exactement reproduit par des cocci pyogènes. En 1907, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 677, il disait : « L'aspect clinique des papulo-nécrotiques n'indique pas toujours une lésion bacillaire. Quelques-unes ne sont que des suppurations banales chez des tuberculeux. Cliniquement, elles ressemblent aux vraies papulo-nécrotiques bacillaires, parce que, chez les tuberculeux, ces suppurations se prolongent, parce que la nécrose est précoce, parce que l'auréole érythémateuse se cyanose et que la cicatrice se pigmen-

te. Histologiquement, l'erreur est faite parce que ces lésions chroniques peuvent avoir une structure tuberculoïde. »

Bientôt, retrouvant des faits semblables chez des individus indemnes, du moins en apparence, de tuberculose, il se demandait même si *certains* porteurs de « tuberculides », exempte de tuberculose profonde, ne sont pas des sujets non tuberculeux atteints depyodermites cocciennes tuberculoïdes ?

Le premier, M. Gougerot donna de ces faits la démonstration clinique, thérapeutique, bactériologique, histologique et expérimentale.

Preuves cliniques et thérapeutiques. — « On surprend le début par une folliculite ou une vésicule claire, puis suppurée, entourée d'une auréole carminée ; on trouve mêlées aux soi-disant tuberculides des pustulettes de pyodermite incontestable différentes des tuberculides naissantes.

« L'évolution est plus rapide, elle ne demande que quelques jours, alors que celle des tuberculoïdes réclame plusieurs semaines ; la lésion est arrivée à la période d'état souvent en 3 à 4 jours, rarement en plus de 8 à 12 jours, la guérison est plus prompte ; la lésion obéit au traitement externe des pyodermites, qui reste peu ou pas efficace sur les tuberculides. »

Preuves bactériologiques. — « La culture des lésions fermées par la méthode des pipettes de Sabouraud décélera la streptococcie ou la staphylococcie. »

(1907). Dès le début, la lésion fermée renferme des cocci colorables sur lame et cultivables, staphylocoques dont certains appartiennent peut-être à l'entérocoque en raison de leur *polymorphisme,* alors que la tuberculide débutante non ouverte a un contenu aseptique.

Preuve histologique. — « Un premier examen histologique pourrait faire croire à la tuberculose, car les lésions sont parfois tuberculoïdes... Un examen histologique plus minutieux montrera l'importance de la polynucléose » et de l'exsudation fibrineuse, alors que dans la tuberculide non ouverte la nécrose est prédominante, l'appel des polynucléaires est presque nul, la précipitation de fibrine manque ou est peu prononcée. Les formations tuberculoïdes sont l'exception, la lésion a l'allure phlegmasique. Sans faire de biopsie, le simple frottis du centre de la lésion naissante montrerait ces différences.

Preuves expérimentales. — En 1907, M. Gougerot disait : «... et surtout la reproduction de la lésion par auto-inoculation expérimentale sur le même sujet prouve que ces soi-disant tuberculides papulo-nécrotiques ne sont que des suppurations chroniques dues à des cocci pyogènes... » Plusieurs fois il a tenté cette expérience anodine en frottant la peau du malade sur un point symétrique, soit avec le magma central des lésions adultes, soit avec les cultures tirées de ces lésions : le plus souvent les frottis reproduisent des pustulettes qui prennent l'aspect tuberculoïde (1907).

En 1907-1908, M. Gougerot a ajouté l'argument de la reproduction expérimentale des lésions sur l'animal. « Les inoculations faites par frottis de cultures pures de streptocoques, de diplo-streptocoques, n'ont réussi que sur la peau du rat nouveau-né (ou très jeune) ; elles ont échoué sur la peau du cobaye et du rat adulte... »

« Les lésions n'apparaissent que dans les régions frottées et après une incubation de deux à dix jours. Elles sont d'ordinaire assez nombreuses. Elles commencent par une vésiculette plate qui au bout d'une huitaine de jours se transforme en un petit nodule croûteux de 1 à 3 millimètres centré d'une ulcération dermique très étroite. Les lésions guérissent spontanément en quinze à trente jours, plus rapidement après application de teinture d'iode, il n'y a pas d'adénopathie et les viscères ne sont pas envahis.

« Histologiquement ce sont des pustulettes à centre nécrosé ou suppuré, commençant par une épidermite vésiculeuse en surface, plus rarement par une folliculite, aboutissant à la nécrose sous-épithéliale du derme... Au-dessous d'un épiderme vésiculeux nécrosé, on a un nodule dermique, à trois zones concentriques : au centre, nécrose avec ou sans polynucléaire à la partie moyenne, zone inconstante de cellules épithélioïdes à la périphérie, zone de réaction lympho-conjonctive basophile étroite ou large et presque toujours diffuse... Il y a donc tantôt réaction suppurative, puisque polynucléose, tantôt réaction

tuberculoïde, puisque nécrose entourée d'une zone épithélioïde.

« Les cocci très nombreux dans ces lésions revêtent la forme de diplocoques, qui parfois s'accumulent en amas staphylococciformes et parfois s'ordonnent en chaînettes streptococciformes.

« Le déterminisme expérimental, l'abondance des cocci attestent la nature coccienne des lésions ; la rétroculture redonne le même diplostreptocoque et sa réinoculation sur un rat nouveau-né redonne les mêmes lésions. Ces constatations bactériologiques, la courte incubation et l'évolution rapide, la structure histologique assez souvent phlegmasique, l'absence d'adénopathie et de lésions viscérales distinguent facilement ces lésions des papulo-nécrotiques bacillaires obtenues avec Laroche par frottis de cultures de bacilles de Koch sur la peau du cobaye adulte. » (*Gougerot ; C. R. Soc. Biol.*, 1909, t. LXVII, p. 651).

Ces lésions tuberculoïdes semblent assez fréquentes, pourvu qu'on y prête attention. Les galeux en présentent souvent. Voici un *cas que j'ai observé à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher* (n° 24.169).

F... René, coiffeur, 21 ans. Entre à l'hôpital le 11 mars 1912. Depuis le commencement de janvier 1912, il présente des lésions de gale généralisée, très nettes aux membres supérieurs, aux membres inférieurs et aux organes génitaux. Mais actuellement, il existe surtout de l'eczématisation secondaire aux aisselles, aux mains et

surtout aux jambes, couvertes de croûtelles, de pigmentations et de lésions ecthymateuses.

Le point intéressant est que le malade, *non tuberculeux, mais brun de peau, a cyanosé et pigmenté des lésions suppurées autour du genou, qui ressemblent maintenant à des tuberculides.*

Par le traitement local des pyodermites : eau d'Alibour diluée et pommade au calomel, ces lésions guérissent vite, lorsqu'on a eu supprimé la gale.

Dans le cas précédent, le malade a pigmenté ses lésions parce qu'il est *brun* de peau ; souvent cette tendance à cyanoser la lésion vient de ce que le porteur est scrofuleux. D'ordinaire, le diagnostic est facile, la lésion tuberculoïde étant mêlée à des lésions typiques pustuleuses de gale. Parfois cependant, l'éruption est discrète, toutes les papules prennent l'aspect des « tuberculides papulonécrotiques ». M. Gougerot cite un cas où il faillit commettre l'erreur : « le malade, très soigneux de sa personne, avait une gale discrète, il ne se grattait pas, les lésions de grattage manquaient ; tout se réduisait à quelques papulo-pustules et papulo-nécrotiques des avant-bras, et c'est seulement en regardant les aisselles que nous avons découvert un seul sillon sur le bord du grand pectoral. »

Les ouvriers mécaniciens, les tourneurs, qui ont leurs vêtements imbibés de pétrole, présentent souvent de ces folliculites torpides ressemblant à des tuberculides. Comme exemple, voici un *cas que j'ai*

observé à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher (n° 21377).

G..., 28 ans, tourneur, entre à l'hôpital le 20 juin 1911. Il vient pour des lésions qui ont débuté il y a deux mois sur les membres inférieurs. Jamais les lésions n'ont complètement disparu depuis. Actuellement, les jambes sont couvertes d'éléments papulo-tuberculeux rouges, non douloureux, ni prurigineux. Ces éléments sont recouverts d'une bulle, suppurés au centre; et, d'après le malade, chaque élément présenterait une bulle à la fin de son évolution. On voit de plus des croûtes cachant une ulcération putéiforme, et des cicatrices pigmentées à la peau des bras; sur les avant-bras, des lésions plus discrètes ; des cicatrices pigmentées du dos et des fesses. Ces lésions sont dues au pétrole qui, dans son métier, finit par imbiber son pantalon et sa chemise.

On entend des craquements au sommet gauche. On note de plus des antécédents de chancre obscurs. Le malade semble avoir eu un chancre il y a six mois, qui a laissé une cicatrice brunâtre. On trouve des ganglions des deux côtés, surtout à droite. Le Wassermann est positif.

Le 28 juin 1911, on commence le traitement par le benzoate de mercure. Après 10 piqûres, le malade sort sur sa demande le 8 juillet 1911, amélioré. Il va prendre des pilules pendant huit jours, et reviendra ensuite aux piqûres.

On le revoit en septembre. Le traitement général a été inefficace. Au contraire, le traitement local des pyodermites par l'eau d'Alibour diluée et la pommade au calomel ont amené la guérison.

D'autres fois, les folliculites torpides évoluant chez

des individus entachés de tuberculose, le diagnostic n'en est que plus difficile. En voici un *exemple publié par M. Gougerot* (*Progrès Médical*, 25 mai 1912, page 258) :

« D... Yvonne, âgée de 18 ans, sujette aux bronchites, tousseuse, se plaignant de points de côté fréquents, a eu, il y a un an, des abcès ganglionnaires du cou.

« Huit jours après l'incision d'un furoncle du genou gauche, la malade est prise de frissonnement, sa température monte à 40°, les deux coudes et les masses musculaires des quatre membres deviennent douloureux, une éruption de purpura généralisé se déclare. La malade est prédisposée aux troubles vasomoteurs, il suffit de la découvrir pour faire apparaître un arythème intense, mais passager, de la partie antérieure du thorax. Ce purpura guérira en deux semaines...

« Sur la face externe du genou gauche, on découvre la cicatrice tout à fait singulière du furoncle : cicatrice plate de 8 sur 6 mm., à bords déchiquetés, cyanosée, entourée d'une auréole cyanotique et pigmentée ; on croirait voir une cicatrice de gomme tuberculeuse. Tout autour on remarque des papulo-pustules que l'on croit un moment être des tuberculides, mais on voit à quelques centimètres de là des folliculites staphylococciques, banales au début, prendre la part schématique des tuberculides papulonécrotiques, et laisser de petites cicatrices profondes auréolées de brun ; au premier abord on affirmerait des tuberculides; mais l'évolution est trop courte et le début a été celui d'une folliculite coccienne dont le pus contenait des polynucléaires et des staphylocoques. »

Voici une autre *observation que j'ai prise moi-même à l'Hôpital St-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher* (n° 24.427).

R... Aimé, 16 ans, imprimeur. Entre à l'hôpital le 23 mars 1912.

Le malade tousse et s'enrhume facilement ; il présente de la polyadénopathie, un léger enrouement, de l'acro-asphyxie.

Il y a deux mois, en avant du genou gauche, sont apparues des pustules, laissant aujourd'hui des infiltrations papuleuses et brunâtres, indolores. Puis, les mêmes éléments se sont dispersés en petit nombre sur les membre supérieurs, dans le dos. Aujourd'hui, on voit des petites lésions ecthymateuses avec croutelle noire, sur fond rouge. C'est de l'*ecthyma-impétigo de Bockhardt prenant l'aspect de tuberculides papulo-nécrotiques.*

Les lésions guérissent rapidement par le traitement local : eau d'Alibour diluée et pommade au calomel.

Parfois, les soi-disant tuberculides se blent isolées, le porteur de ces lésions ne peut être affirmé tuberculeux, l'on sait toutefois que cette absence de tuberculose profonde décelable est fréquente chez les malades atteints de tuberculides autheutiques. En voici une *observation publiée par M. Gougerot* (*Progrès Médical*, 25 mai 1912, p. 259).

« B... Léontine, 16 ans; la petite malade a l'aspect floride de certains scrofuleux aux chairs molles; les ganglions du cou sont petits, palpables, mais on n'oserait pas suspecter la tuberculose et on n'entend pas de troubles du murmure vésiculaire aux deux sommets.

« Elle vient consulter parce qu'elle a depuis un mois la jambe droite criblée de « petits boutons ». La partie inférieure de la jambe est parsemée de petites lésions papulo-croûteuses, papulo-pustuleuses, papulo-nécrotiques arrondies, de 2 à 4 mm. de diamètre, identiques aux tuberculides papulo-nécrotiques par leur aspect, leur grandeur, leur pustulette souvent ombiliquée, la croûtelle brun-noirâtre qui lui succède, l'auréole cyanotique, l'ulcération putéiforme que cache la croûte..., et c'est ce premier diagnostic que tous nous portons.

« Mais en examinant de plus près les lésions naissantes, nous apercevons à la face postérieure du mollet des éléments qui nous avaient d'abord échappé. Ce sont des vésicules purulentes péripilaires auréolées de rouge, certainement staphylococciques. Nous répérons des macules roses carminées naissantes, et le lendemain nous les voyons se vésiculiser : le pus, riche en polynucléaires contient en abondance des diplo-streptocoques sur lame et en culture ; puis ces pustulettes d'ecthyma péripilaire se transforment sous nos yeux en papulo-nécrotiques tuberculoïdes.

« Le mélange de lésions naissantes aux lésions adultes, l'évolution rapide de chaque lésion, souvent en moins d'une douzaine de jours, permettent facilement d'éviter l'erreur du diagnostic.

« Ces petites lésions guérirent rapidement en 15 jours par le repos, l'enveloppement sec ; elles laissèrent des cicatrices petites, profondes, auréolées de brun, identiques à celles des tuberculides.

« A la fin de mai, survint une nouvelle poussée aussi bénigne et aussi courte que la première. »

D'autres fois, les papulo-vésicules cocciennes, simulent les tuberculides, mais plus encore des syphilides, et cela d'autant mieux que certains de ces ma-

lades sont convaincus ou suspects de syphilis. Le *cas suivant, observé à l'hôpital Saint-Louis,* (n° 9053), *dans le service de M. le professeur Gaucher et que m'a communiqué M. Gougerot*, est caractéristique.

F... Robert, 25 ans, serrurier. Entre à l'hôpital le 27 avril 1907; il y a trois mois, a eu un chancre syphilitique du frein; il y a un mois et demi qu'est apparue la roséole. Actuellement, depuis un mois et demi, on voit sur les jombes des syphilides psoriasiformes nombreuses et de dimensions variées, de 5 francs à 0 fr. 50. On le traite par les piqûres de benzoate de mercure. Le 3 mai 1907, il sort guéri.

Entre de nouveau à l'hôpital le 4 janvier 1912 pour ulcères rebelles de la jambes droite. Sur la face interne du tibia droit, un peu au-dessous de la partie moyenne de la jambe, sont deux ulcérations réunies par un pont transversal de tissu cicatriciel et enflammé, polycycliques, ulcérations de la superficie d'une pièce de deux francs; leur contour est très irrégulier, leur fond rouge, granuleux, peu suintant, leurs bords très légèrement surélevés. Les lésions sont syphilitiques par leur début, leur nombre, leur agmination et leur forme polycyclique. Mais, sur la jambe variqueuse, elles prennent l'aspect d'ulcères variqueux. C'est bien un état variqueux, œdémateux, localisé autour des ulcères; une pigmentation très large, diffusante. De plus, sur la face interne, rétro-malléolaires, plusieurs placards de petits points croûteux, agminés en archipel, les uns isolés, les autres confluents, donnent des bords déchiquetés, à contours brisés. Tout autour, on voit un fond violacé et pigmenté. Il semble donc qu'il s'agisse là d'infection par les microbes pyogènes, en voie de cicatrisation. Sur la même jambe, on aurait donc la réunion de deux aspects : ulcè-

res variqueux à point de départ syphilitique, et ulcères variqueux à point de départ ecthymateux. On note des varices sur les deux jambes. On fait 15 piqûres de benzoate de mercure, et il sort guéri le 2 février 1912.

Pour la troisième fois, entre à l'hôpital le 18 juin 1912. On note les cicatrices des anciennes lésions de la jambe droite; une périostose donne au tibia un aspect en lame de sabre. Actuellement, sur la jambe gauche, on aperçoit des petites folliculites violacées, ressemblant à des tuberculides. Elles se composent de vésicules claires, de vésicules suppurées, qui sont des lésions du début; mais, à côté de ces soit-disant tuberculides, se trouvent des pustulettes de pyodermite incontestable, ne ressemblant en rien aux tuberculides naissantes. D'ailleurs, l'évolution est rapide, les lésions arrivent en 3 ou 4 jours à leur période d'état; et elles disparaissent par le traitement local des pyodermites : eau d'Alibour diluée et pommade au calomel.

Tous ces faits prouvent bien l'existence chez l'homme de nodules cocciens pouvant simuler cliniquement et même anatomiquement les tuberculides papulo-pastuleuses et papulo-nécritiques.

CHAPITRE V

Verrucomes tuberculoïdes dus à des cocci pyogènes

Impétigo verruqueux ou pyodermite impétigineuse, ecthymateuse, verruqueuse, etc.

Par verrucomes tuberculoïdes, on entend des pyodermites verruqueuses qui ont avec les tuberculoses verruqueuses de telles ressemblances que le diagnostic en est très difficile.

Impétigo verruqueux ou pyodermite impétigineuse, verruqueuse. — Le premier cas fut publié par MM. Gaucher, Gougerot et Dubosc (*Société de Dermatologie française*, 24 avril 1911, p. 139, n° 4).

« Les lésions de cet impétigo verruqueux, disséminées sur la face et les membres en plus ou moins grand nombre, naissent et évoluent comme les vésicules de l'impétigo classique : on note au début la même vésicule plate et à la période d'état, la même croûte épaisse jaune am-

bré mélicérique sans auréole inflammatoire marquée. Mais lorsqu'on arrache dès le 5e jour les croûtes mélicériques, on aperçoit non pas un épiderme rouge lisse, mais une surface humide rosée, grenue, légèrement surélevée, souvent déjà villeuse.

« La durée de cet impétigo se prolonge plus que d'ordinaire, et après quelques jours, lorsque, surpris de ne pas voir la croûte mélicérique tomber spontanément, on la soulève avec une pince, on découvre une surface papuleuse rouge, villeuse, déjà végétante, presque papillomateuse; les éléments de la végétation sont parfois granité, rosés, recouverts d'un épiderme rose luisant, non ulcéré; la base de la lésion est légèrement saillante et infiltrée... Quand enfin la croûte, après 15 à 20 jours, se détache, elle laisse un verrucome qui, les jours suivants, s'accentue au lieu de régresser.

« Cette lésion verruqueuse ressemble de tous points à une tuberculose verruqueuse sèche : ce sont les mêmes saillies papillomateuses à sommet corné squameux, séparées par des sillons étroits, la même base rose violacée. Sa forme et sa grandeur sont celles de la bulle isolée arrondie ou du placard irrégulier, confluent d'impétigo qui lui a donné naissance. Il semble pourtant que la lésion papulo-verruqueuse puisse s'étendre après la chute de la croûte mélicérique.

« Les lésions d'impétigo sont à des âges différents et le mélange de vésicules, de lésions croûteuses, de macules commençant à devenir villeuses, de verrucomes, donne au malade un aspect caractéristique.

« Le verrucome, non traité, reste des semaines sans se modifier; la lésion est donc chronique, immobilisée, mais nous ne savons (car la malade a été traitée dès que le diagnostic fut posé) si cet impétigo verruqueux aurait eu une tendance spontanée à la guérison. Un trai-

tement très simple, pansement humide, eau d'Alibour diluée et au besoin pommade au calomel, fait disparaître les verrucomes constitués et arrête l'évolution de l'impétigo qui n'aboutit pas au verrucome papulo-squameux.

« Cet impétigo verruqueux est une pyodermite végétante sèche post-impétigineuse ou mieux une streptococcie épidermique bulleuse et croûteuse. »

Deux cas semblables ont été publiés par M. Gougerot, *Progrès Médical*, 25 mai 1912, p. 260, n° 21.

« Fl... Albert, 19 ans, employé, malade pâle, très nerveux, présentant des mouvements choréiques du bras droit, est suspect de bacillose naissante du sommet droit.

« Depuis 8 jours, sont apparus à l'oreille, au moignon de l'épaule gauche, à la région claviculaire droite, des papules d'impétigo-ecthyma bulleux, caractéristiques avec leurs vésicules plates purulentes, leur auréole rouge diffuse. A la main droite, qui pourtant n'est pas acro-asphyxique, une égratignure s'est infectée et est devenue infiltrée, violacée, papuleuse, l'épiderme est squameux. Sur le bord cubital du dos de la main, une lésion d'impétigo est devenue *papuleuse*, *saillante*, *violacée;* l'ulcération en voie de cicatrisation, recouverte d'une mince couche épithéliale, devient *papillomateuse*, *squameuse*, et si on la voyait isolément, on pourrait discuter le diagnostic de tuberculose verruqueuse. Mais l'évolution en 8 jours de ce verrucome suffirait à faire rejeter le diagnostic de tuberculose. »

« J..., 26 ans, fourreur. Le malade était porteur d'une ulcération chancriforme, profonde, balano-préputiale,

de nature douteuse, datant de trois mois ; la sérosité ne contient pas de bacille de Duvrey, la réaction de Wassermann est négative. Pour éclairer le problème on tente dans un service voisin une auto-inoculation, au bras. Quinze jours seulement après cette auto-inoculation, se développe une élevure papulleuse suintante d'abord, recouverte de croûte, qui prend ensuite un aspect végétant squameux, ressemblant à un placard de tuberculose verruqueuse. L'accroissement rapide, le début papulo-vésiculeux, le mélange de suppuration et de verrucosités, la guérison en quelques jours par de simples applications antiseptiques, suffirent à assurer la nature coccienne et non tuberculeuse de cette dermite végétante. »

Voici trois nouveaux cas que j'ai observés avec M. Gougerot à l'Hôpital St-Louis, dans le service de M. le professeur Gaucher.

(N° 24673) :

G... Louis, 35 ans, fondeur. Entre à l'hôpital le 11 mai 1912. Il y a 5 ans, il a eu une première poussée d'eczéma professionnel, localisé aux mains, aux plis de flexion et aux jambes. La pommade à l'oxyde de zinc et surtout le changement de métier avaient fait disparaître l'eczéma, d'ailleurs incomplètement. Ayant repris au mois de janvier son ancien métier, il vit reparaître l'eczéma. Actuellement, cet eczéma siège surtout à la face dorsale des mains, aux plis de flexion et aux jambes. Les lésions sont très pigmentées, et en voie de lichénisation.

Au poignet gauche, on remarque des cicatrices hypertrophiques, d'aspect chéloïdien, dur, douloureux. Du côté externe et du côté interne, elles prennent un aspect verruqueux avec des papilles saillantes ; ces dernières,

actuellement au nombre de trois, sont apparues successivement, à la suite de trois petits abcès de folliculite : le premier remonte à trois mois, le dernier à trois semaines. Cette lésion ressemble à une bacillose verruqueuse.

On applique le traitement local des pyodermites, et le 26 mai 1912, il sort guéri sur sa demande.

(N° 22949) :

B... Louise, 16 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital le 30 décembre 1911, pour des lésions génitales syphilitiques. On lui fait le traitement spécifique. Elle sort le 16 janvier 1912. Elle fait un 2e séjour du 27 avril au 17 mai 1912.

Pour la 3e fois, elle entre en juillet 1912. Au pouce droit, sur la face dorsale, on voit une pustule blanche ressemblant « à du mal blanc ». On applique des pansements iodés et alcoolisés. La pustule s'ouvre spontanément. La cicatrisation ne se fait pas, et l'ulcération devient peu à peu végétante. Le 31 août 1912, on remarque une excroissance verruco-squameuse, sèche en apparence, mais lorsqu'on soulève les squames irrégulières, on découvre des bourgeons charnus qui saignent facilement.

Si l'on n'avait pas suivi le début du panaris, on pourrait croire à un petit placard de lupus végétant. Mais le traitement antiseptique local : eau d'Alibour diluée, nitrate d'argent, pommade au calomel, amenèrent la guérison rapidement.

(N° 26356) :

P... Louis, 58 ans, caviste. Il y a 4 ans et demi, a eu un chancre syphilitique de la lèvre inférieure. On

lui a fait le traitement spécifique. Néanmoins la roséole est apparue, ainsi que des plaques muqueuses de la gorge. Il y a deux ans, l'ongle du pouce droit est devenu noir, et, sous l'ongle, s'est formée une infiltration dure. Cette lésion a disparu par le traitement mercuriel.

Depuis deux mois les lésions ont récidivé à la région thénar et à la face palmaire du pouce. Actuellement, tout le pouce avec sa racine et la région thénar sont infiltrés, recouverts d'une peau violacée et œdématiée; des syphilides tuberculo-ulcéreuses siègent à la racine du pouce et à sa face palmaire; l'ongle est épaissi, noirâtre, entouré d'une infiltration rouge, dure; les phalanges du pouce sont hypertrophiées; on voit des bulles purulentes sur la tabatière anatomique. Aucune lésion n'est douloureuse. Pas d'albumine dans les urines.

Une lésion d'ecthyma banal sur la main a pris un aspect végétant et purulent ; la preuve qu'il s'agit d'ecthyma banal et non de syphilis est qu'on trouve de petits points de folliculite péripilaire staphylococcique.

La dernière lésion guérit par le traitement local des pyodermites.

Quant aux autres lésions, guéries par quinze piqûres de biiodure de mercure, elles récidivent ; on institue un nouveau traitement mercuriel.

Acrodermatite verruqueuse, staphylococcique (pyodermites multiples végétantes des doigts). — Le cas suivant, publié par M. Gougerot (*Progrès Médical*, 25 mai 1912, p. 260, n° 21), en est un exemple :

« N... Cette jeune femme, âgée de 18 ans, vient d'avoir une pleurésie tuberculeuse.

« Depuis trois mois, elle est pâle, amaigrie. Dans la con-

valescence de cette pleurésie qui semble avoir été grave, elle a vu apparaître successivement à l'extrémité de la pulpe digitale des 1er, 2e, 3e doigts droits et des 1er, 2e doigts gauches, empiétant souvent sur la rainure unguéale, de petites papules suppurantes ressemblant, dit-elle, à des panaris sous-épidermiques.

« Ces lésions de 4 à 8 mm. de diamètre sont saillantes, à bords surélevés, irrégulièrement tracés et vaguement circulaires, leur surface est végétante, croûteuse; la pression, qui est très douloureuse, fait sourdre une goutte de sérosité louche. Les mêmes lésions existent aux 1er et 2e orteils du pied droit et au 5e orteil gauche.

« L'hypothèse de sporotrichose fut d'abord soulevée, et ce fut la raison pour laquellele Professeur Letulle nous l'envoya. Mais cette sporotrichose uniquement constituée par de petits placards végétants, aurait été singulière, ne ressemblant à aucun des cas décrits : les cultures, le séro-diagnostic mycosiques, furent négatifs.

« Le diagnostic de tuberculose nous sembla plus probable lors de notre premier examen, car les lésions avaint l'aspect tantot végétant et suintant, tantôt sec et verruqueux des tubercules anatomiques.

Mais l'évolution nous fit pencher vers le diagnostic de pyodermite végétante chronique, ce que confirma le Professeur Gaucher. En effet, on put surprendre le début de la lésion : l'épiderme rouge s'indure, se soulève; la vésicule fermée contient uniquement des diplocoques et des staphylocoques avec de nombreux polynucléaires, la bulle se rompt, laissant voir l'épiderme excorié, rouge granuleux, qui bientôt devient végétant. Le traitement le plus efficace a été le pansement humide avec une solution antiseptique (eau d'Alibour étendue), la radiothérapie a paru peu active. La guérison a été lente et ne se complète qu'en octobre 1911. »

Telles sont ces nouvelles formes d'impétigo. On a dû les confondre maintes fois avec la tuberculose. Alors un traitement mal dirigé a pu immobiliser des malades pendant des mois. D'autre part, s'il n'est pas soigné, cet impétigo semble persister des semaines. On voit donc combien pratiquement ces variétés sont importantes à connaître, le traitement bien simple de l'impétigo vulgaire les guérissant en quelques jours.

DIAGNOSTIC

Les pyodermites dues à des microbes « banaux » peuvent donc prendre l'aspect de lésions tuberculeuses. Souvent elles évoluent chez des tuberculeux, et coexistent même avec des lésions réellement tuberculeuses, si bien que quelquefois, l'erreur est faite même par des spécialistes ; tout au moins, il faut une étude attentive pour rejeter le diagnostic de tuberculose porté à première vue.

Il faut donc être prévenu de la nature parfois « coccienne » de lésions tuberculoïdes. Quand l'attention est éveillée sur ce point, le diagnostic s'appuie sur les signes suivants, groupés par M. Gougerot :

Le mode de début : il a été celui d'une lésion d'ecthyma, de folliculite, d'impétigo, en un mot celui d'une pyodermite. Dans une des observations citées, une « ulcération torpide, atone, fait penser à une gomme ulcérée ; or la lésion était au début un bouton

à tête purulente ». Dans d'autres cas, le début a été rapide, à la suite d'un traumatisme. Ou bien, une « pyodermite a évolué chroniquement à la suite d'un abcès chaud insisé ».

L'évolution : alors qu'une lésion tuberculeuse évolue lentement, ces pyodermites se constituent très rapidement : en 4 à 10 jours, rarement davange, elles arrivent à la période d'état. Dans le cas précédent, « l'ulcération torpide, atone, n'a demandé que quatre jours pour se constituer ». Dans un autre cas, « la partie inférieure de la jambe est parsemée de lésions identiques aux tuberculoïdes papulo-nécrotiques. Mais l'évolution rapide de chaque lésion souvent en moins d'une douzaine de jours permet facilement d'éviter l'erreur de diagnostic ».

Les lésions de voisinages : certaine pyodermites arrivées à leur période d'état sont impossibles à diagnostiquer des tuberculoses correspondantes ; mais en des points voisins, on voit des pyodermites typiques, des lésions au début, on saisit tous les intermédiaires entre ces dernière et les lésions actuellement tuberculoïdes. On repère ces lésions au début, on les voit évoluer et prendre progessivement le même aspect tuberculoïde que les lésions anciennes, tandis que ces dernières gardent tous leurs caractères.

Quand on en a ainsi reconstitué la genèse, le doute sur leur nature n'est plus possible. Je puis encore citer comme exemple le cas précédent où « la

partie inférieure de la jambe est parsemée de lésions identiques aux tuberculides papulo-nécrotiques. Mais en examinant de plus près les lésions naissantes, nous apercevons à la face postérieure du mollet des vésicules purulentes peripilaires auréolées de rouge, certainement staphylococciques. Nous répérons des macules roses carminées naissantes, et le lendemain nous les voyons se vésiculiser : le plus riche en polynucléaires, contient en abondance des diplo-streptocoques sur lame et en culture ; puis ces pustulettes d'ectyma péripilaire se transforment sous nos yeux en papulo-nécrotiques tuberculoïdes. »

Le traitement. — C'est celui des pyodermites en général. Les soins locaux sont si efficaces qu'ils lèveraient vite toute hésitation. Le repos, l'enveloppement, les pansements humides, les applications antiseptiques d'eau d'Alibour diluée, de teinture d'iode, les onctions de pommade au calomel, amènent une guérison rapide des lésions tuberculoïdes qui paraissaient les plus tenaces. Au contraire, le traitement général interne des tuberculoses est peu efficace. Dans une de mes observations, « une lésion chronique qui traînait depuis cinq mois est guérie en dix jours par les antiseptiques seuls. ».

La démonstration bactériologique. — Le pus ou le magma central prélevé sur une lésion *fermée* contiennent des cocci ou bactéries colorables sur lame et cultivables. Le pus est formé de polynucléaires abondants et d'un réseau fibrineux.

La preuve expérimentale. — La reproduction de la lésion est parfois possible en pratiquant l'auto-inoculation sur le malade lui-même par simple frottis sur la peau du magma des lésions. Cette auto-inoculation n'a d'intérêt que dans un cas de diagnostic difficile, elle permet d'obtenir une lesion que l'on pourra suivre dès le début.

Pathogénie

Quelles sont les causes de ces modifications des pyodermites ? Pourquoi des lésions d'ecthyma, de folliculite, d'impétigo, prennent-elles l'aspect de lésions tuberculeuses ?

On peut invoquer deux séries de facteurs ; 1° *atténuation des germes ;* 2° *modification du terrain.*

1° il est certain que l'*atténuation de virulence des cocci* peut expliquer dans un certain nombre de cas l'allure spéciale de la pyodermite. En effet les *cocci* isolés par cultures, le pus des lésions inoculé dans le péritoine du cobaye ne déterminent pas de troubles intenses, le cobaye ne meurt pas et, si on le sacrifie, l'autopsie montre des adhérences et des plaques laiteuses, reliquat d'une péritonite subaiguë ou chronique bénigne. Dans plusieurs cas pourtant, la virulence des germes cultivés était celle des *cocci* retirés des pyodermites aiguës banales.

2° Il est certain que le terrain a dans la plupart

des cas une influence incontestable. La plupart de ces malades sont des scrofuleux suspects ou convaincus de tuberculose, ou au moins des acroasphyxiques. Il est donc indubitable que le cachet si spécial à ces lésions : teinte violacée ou même cyanosée, suppuration plus torpide, nécrose plus fréquente, suppuration moins abondante, cicatrisation ralentie, ulcérations atones, cicatrices pigmentées, etc. est imprimé aux réactions de l'organisme par le terrain bacillaire.

Donc le fait que les lésions non tuberculeuses chez un tuberculeux tendent à prendre le masque de la tuberculose doit être retenu au point de vue du pronostic. En présence des lésions tuberculoïdes, il faut suspecter le terrain bacillaire.

Néanmoins la pathogénie des aspects tuberculoïdes reste souvent obscure, car les malades ne sont pas toujours des tuberculeux ; M. Gougerot a invoqué parfois le « tempérament brun » du malade.

IMPORTANCE PRATIQUE, PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DU DIAGNOSTIC DES PYODERMITES TUBERCULOIDES

Le diagnostic de pyodermite tuberculoïde comporte pour le malade un grand intérêt pronostique et thérapeutiqne.

Si l'on croit les lésions réellement tuberculeuses, on leur appliquera le traitement général de la tuberculose : huile de foie de morue, sirop iodotannique, arsenic, stations thermales. On verra alors traîner ces pyodermites, qui guériraient rapidement si on leur appliquait le traitement local des pyodermites : pulvérisation à l'eau bouillie ou eau résorcinée au $\frac{1}{200}$, cautérisations avec eau d'Alibour diluée, applications de pommade ou crème à l'oxyde de zinc, ou pommade au calomel au $\frac{1}{10}$, ou même pommade au sous-carbonate de fer au $\frac{1}{40}$. A ce traitement local il est souvent utile de joindre un traitement général,

et de le compléter par un traitement préventif. Ce dernier est d'importance capitale dans les pyodermites : hygiène minutieuse de la région prédisposée, lavage hebdomadaire au savon, friction douce à l'alcool camphré, et après avoir laissé sécher, poudrer avec du talc boraté ou salicylé. Surveiller chaque jour l'apparition des vésicules, les cautériser avec une allumette de bois imbibée d'iode matin et soir ; si elle devient une pustulette, l'ouvrir aussitôt avec une aiguille flambée, exprimer la goutte de pus, cautériser avec teinture d'iode jusqu'a disparition complète de l'induration. Si, malgré cela, les lésions récidivaient, M. Gougerot conseille d'avoir recours à l'héliothérapie : le malade expose les régions atteintes au soleil d'abord quinze minutes par jour, et augmente chaque jour de 5 à 10 minutes, jusqu'à 2 à 3 heures ; il se protège la tête durant cette insolation. Ainsi les suppurations avortent et ne se reproduisent plus.

Si le diagnostic est important au point de vue thérapeutique, il ne l'est pas moins au point de vue pronostique, car le malade que l'on croit atteint d'une tuberculose cutanée sera menacé d'une tuberculose viscérale, qui pourra ne se montrer qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Donc, reconnaître une pyodermite tubereuloïde, c'est rassurer le malade sur son avenir.

CONCLUSIONS

1° Les bactéries pyogènes : staphylocoque, streptocoque, entérocoque, pneumocoque, cocci indéterminés, bacille-pseudo-diphtérique, peuvent provoquer des lésions inflammatoires froides différentes des lésions chaudes qu'ils provoquent habituellement.

2°) Ces lésions inflammatoires froides peuvent exister dans tous les tissus : séreuses, os, etc. ; mais elles semblent être plus fréquentes au niveau de la peau, ainsi que l'a montré M. Gougerot ; elles simulent alors les autres inflammations froides ; syphilis, mycoses et surtout tuberculose. D'où le nom des pyodermites tuberculoïdes donné aux principales d'entre elles.

3°) Ces pyodermites tuberculoïdes peuvent revêtir des aspects divers que M. Gougerot classe de la façon suivante :

a) *Abcès froids uniques, agminés, disséminés, lymphangitiques, phlegmon ligneux*, etc.

b) *Ulcérations tuberculoïdes* (*ecthyma tuberculoïde*) ;

c) *Folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fougueuse* (*anthrax tuberculoïde*) ;

d) *Lésions papulo-nécrotiques et papulo-pustuleuses non tuberculeuses* (*ecthyma-impétigo de Bockhardt, acné, folliculite, furoncle tuberculoïdes*) ;

e) *Verrucomes tuberculoïdes* (*impétigo verruqueux, pyodermites impétigineuses, ou ecthymateuses verruqueuses*).

4° Leur diagnostic est d'ordinaire facile, à condition d'y penser ; il s'appuie sur les signes suivants (Gougerot) : le début, qui est celui d'une pyodermite ; la rapidité avec laquelle la lésion arrive à sa période d'état ; le mélange des lésions tuberculoïdes à des pyodermites typiques ; l'évolution d'une des lésions de pyodermite surprise à son début ; l'influence heureuse du traitement local : les applications antiseptiques se montrent très efficaces ; l'examen bactériologique ; la reproduction par auto-inoculation expérimentale.

5° Le traitement est celui des pyodermites ordinaires : repos, enveloppement, pansements humides, applications antiseptiques d'eau d'Alibour diluée, teinture d'iode, onctions de pommade au calomel ;

6° La connaissance de ces faits n'a pas qu'un intérêt doctrinal, en montrant que les bactéries pyogènes déterminent des lésions froides, elle a surtout un

intérêt pratique, pronostique et thérapeutique. En effet, ce diagnostic délivre les malades de la menaee d'accidents tuberculeux ultérieurs et permet de les guérir rapidement avec un traitement local très simple.

Vu : *Le Doyen*,
LANDOUZY.

Vu : *Le Président*,
E. GAUCHER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Brocq. — Traité élémentaire de dermatologie pratique comprenant les syphilides cutanées, 1907, tome I, p. 747.

Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, tome I, chapitre 1er. Inflammation et ses conséquences, abcès chroniques, par le Dr Paul Reclus.

Gaucher, Dubosc et Gougerot. — *Société de Dermatologie française*, 24 avril 1911, p. 139, n° 4.

Gougerot. — Lésions papulopustuleuses et papulonécrotiques dues à des cocci, *Annales de Dermatologie*, 1907, p. 677.

Gougerot. — Affections tuberculoïdes dues à des cocci et bactéries pyogènes. VIIe Congrès International de Dermatologie et Syphiligraphie, Rome, avril 1912, p. 199.

Gougerot. — Le follicule tuberculeux : sa signification. *Soc. de la tuberculose*, mai 1912. — *C. R. Soc. Biol.*, 4 déc. 1909, t. LXVII, p. 651 : Suppurations cocciennes nodulaires.

GOUGEROT. — Affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes. *Progrès Médical*, n° 20, 18 mai 1912, p. 245. et n° 21, 25 mai 1912, n° 258.

GOUGEROT. — Infections froides chroniques dues à des bactéries pyogènes. Ier Congrès International de Pathologie comparée, 17-23 oct. 1912 in *Journal des Praticiens*, 12 oct. 1912, n° 41, p. 641.

GOUGEROT. — Consultations Dermatologiques (Hôpital Saint-Louis). — Pyodermites tuberculoïdes, *Paris Médical*, 13 sept. 1913, n° 41, p. 342.

LEMIÈRE. — De la suppuration, Thèse Paris, 1891.

LESNÉ et DREYFUS. — *Société de Biologie*, 29 juin 1907.

MAUCLAIRE. — *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1896.

RECLUS. — Cliniques chirurgicales de la Pitié : Chapitre III, Affections de la tête et du cou, p. 140 ; Chapitre IV, Affections des mamelles, pp. 187 et 191.

RICARD. — *Gazette des Hôpitaux*, janvier 1896.

SICARD, GOUGEROT et GY. — Sur un cas de phlegmon ligneux. *Société Médicale des Hôpitaux*, 5 février 1909, p. 163.